

Uitdagingen en belemmeringen rond sociale innovatie in een zorginstelling

Sociale innovatie in de zorg

Luca Lopes de Leao Laguna, Anita Tolman en Martha Meerman

Er wordt in publicaties veel aandacht geschonken aan het succes van sociale innovatie in organisaties (zie o.a. Vaas en Scheld, 2011; Van Rooijen, 2012; Volberda, Van den Bosch & Heij, 2012; en voorbeelden van good practices op websites van bijvoorbeeld het NCSI en NSVP). Is sociale innovatie dan altijd een passende oplossing? En mislukt sociale innovatie dan nooit? Waarschijnlijk mislukt sociale innovatie net als andere veranderprojecten in organisaties regelmatig. Helaas wordt daarover weinig geschreven, terwijl het leren van mislukte projecten net zo waardevol kan zijn als het leren van succesvolle projecten. Dit artikel behandelt sociale innovatie in een zorginstelling. Aan de hand van twee casebeschrijvingen worden de uitdagingen en belemmeringen hiervan geschetst. Het is geen succesverhaal maar wel een voorbeeld waaruit we lessen kunnen trekken voor toekomstige sociale innovatietrajecten.

Inleiding

In 2011 ontstond binnen Viva Lente,¹ een koepel van instellingen in de ouderenzorg, het idee om door middel van sociale innovatie te komen tot een hogere arbeidsproductiviteit en meer werkplezier. Aanleiding hiertoe

► Van de redactie

Sociale innovatie is en blijft een glibberig doel en de realisatie van sociale innovatie een moeilijk pad. Dat blijkt maar weer eens uit dit artikel dat een programma voor sociale innovatie in twee gelieerde instellingen van ouderenzorg beschrijft. Bijzonder aan het artikel is dat het een casus beschrijft waarin sociale innovatie niet succesvol is, en dat is vaak leerzamer dan een succesverhaal. De wetenschappelijke documentatie en verklaring van een 'mislukking' op het terrein van sociale innovatie – en in HRM in het algemeen – is zeldzaam en waarschijnlijk juist daarom des te leerrijker. Slaag- en faalfactoren blijken lastig te bepalen. Externe financiering blijkt geen pre. Althans in dit voorbeeld. En opvallend is dat 'HRM' in het hele programma géén rol heeft gespeeld. Genoeg reden voor leidinggevenden, medewerkers en HRM'ers om zich achter de oren te krabben als er plannen zijn voor sociale innovatie.

L. Lopes de Leao Laguna en A. Tolman zijn docent HRM aan de Hogeschool van Amsterdam. Dr. M.G.M. Meerman is lector gedifferentieerd HRM aan de Hogeschool van Amsterdam.

waren de verwachte personeelstekorten, waardoor noodgedwongen met minder mensen meer zorg zal moeten worden geleverd. Daarnaast wordt het steeds lastiger om jongeren aan te trekken voor een baan binnen de zorg. Viva Lente koos daarom voor een generatiegerichte aanpak van sociale innovatie. Dat betekent aandacht voor de wensen en belangen van verschillende generaties bij de invoering van veranderingen en

Het wordt steeds lastiger om jongeren aan te trekken voor een baan binnen de zorg

aandacht voor de samenwerking tussen generaties. Viva Lente vroeg ESF-subsidie aan om het project te financieren en stelde een projectmanagement aan om het project vorm te geven en uit te voeren. Besloten werd om verschillende pilots op te zetten waarbinnen geëxperimenteerd kon worden met sociale innovatie. Deze pilots liepen van april 2011 tot februari 2012. Aan het lectoraat gedifferentieerd HRM (gHRM) van de Hogeschool van Amsterdam (HvA) werd gevraagd de pilots te monitoren. Dit gaf ons een unieke kans om een kijkje in de keuken te nemen van een organisatie die onder de noemer van sociale innovatie tussen alle bedrijven door hogere productiviteit en meer werkplezier probeert te bewerkstelligen.

In dit artikel doen we verslag van twee pilots die binnen twee vestigingen van Viva Lente (verzorgingshuis Bulthof en verpleeghuis Prinsenhof) zijn uitgevoerd en kijken we naar de uitkomsten. We reflecteren op deze praktijkcases, waarbij we een relatie leggen met eerder onderzoek naar sociale innovatie.

Het voortraject

Viva Lente stelde een driehoofdig projectmanagement samen. Dit bestond uit de directeur van Prinsenhof, een sectorhoofd van Prinsenhof en een teammanager van de thuiszorg. Dit programmanagement vroeg een adviesbureau om het project te helpen vormgeven en de financiële effecten van de sociale innovatie te meten. Ons werd gevraagd het hele proces kritisch te monitoren en de opbrengsten voor de medewerkers in kaart te brengen. De afdeling HRM van Viva Lente kreeg of nauwelijks een rol in dit project. De expertise werd extern ingehuurd. Samen met het adviesbureau organiseerde Viva Lente verschillende bijeenkomsten met medewerkers, managers en experts om knelpunten

met betrekking tot productiviteit en werkplezier te inventariseren en de innovaties vorm te geven. In de eerste van deze bijeenkomsten werd organisatiebreed een brainstormsessie gehouden over mogelijke innovaties die het werkplezier en de arbeidsproductiviteit zouden verhogen. Er werden 96 ideeën bedacht. Een klankbordgroep bestaande uit vijf medewerkers en drie managers heeft samen met het projectmanagement uit deze ideeën onderwerpen gekozen om mee aan de slag te gaan. Deze onderwerpen waren:

- Slimmer werken met technologie: Viva Lente wilde jongeren trekken door meer gebruik te maken van nieuwe technologie en achtte het daarmee noodzakelijk dat oudere werknemers meer vertrouwd raken met het gebruik van technologie. Daarnaast was de verwachting dat gebruik van technologie huidige werkprocessen kan versnellen of vervangen.
- Regelluw werken: werken met minder regels. Dit was ingegeven door het idee dat jongeren geen regels willen. Om jongeren naar de instelling te trekken zou je zonder regels moeten kunnen werken. Daarnaast ontstond het idee dat er met minder regels sneller gewerkt kon worden en er minder administratie zou zijn.

Vervolgens zijn door het projectmanagement twee instellingen gekozen om deze onderwerpen binnen een pilot verder uit te werken. Bij verzorgingshuis Bulthof werd dat *slimmer werken* met technologie en bij verpleeghuis Prinsenhof werd dat *regelluw werken*. De pilot werd per instelling uitgevoerd door een zorgteam en hun leidinggevende. Voor de uitvoering van het hele innovatieproject werd mede op aanwijzing van de subsidieverlener het volgende stappenplan bedacht:

- *Een startbijeenkomst*. Deze was bedoeld om te komen tot een inventarisatie van de knelpunten in de productiviteit van het team en een analyse van de sociale innovatiepotentie. Het team benoemde ideeën die tot meer werkplezier en betere zorg zou kunnen leiden. Het woord ‘productiviteit’ werd uitdrukkelijk vermeden, omdat dit negatieve gevoelens zou kunnen oproepen bij de medewerkers die zich toch al steeds meer op hun productiviteit aangesproken voelen. De bijeenkomst zou nieuwe ideeën moeten opleveren (innovatie) waarbij alle generaties hun zegje zouden doen (sociaal). De brainstorm werd vervolgens toegespitst op mogelijke innovaties binnen het kader van slimmer werken met technologie c.q. regelluw werken.
- *Opstellen van meetbare doelstellingen*. De subsidieverlener eiste een pakket meetbare resultaten. Daartoe werden doelstellingen opgesteld zoals verlaging van het ziekteverzuim en het verloop, tijdswinst door

innovaties en vermindering van overuren. Dit alles ten behoeve van een kosten- en batenanalyse.

- *Uitvoering van innovaties.* De innovaties werden vervolgens van september 2011 tot februari 2012 uitgevoerd. Docent/onderzoekers van het lectoraat gHRM en studenten van de HRM-opleiding van de HvA monitorde het proces en koppelden de opgedane inzichten tussentijds terug naar het projectmanagement, de leidinggevenden en de medewerkers.

Het woord ‘productiviteit’ werd uitdrukkelijk vermeden

- *Verslaglegging en kosten- en batenanalyse.* De kosten- en batenanalyse werd door het eerder genoemde adviesbureau uitgevoerd in de vorm van een business case.

De vraagstelling

In ons onderzoek hebben wij veel aandacht besteed aan hoe medewerkers reageren op sociale innovatie en wat de opbrengsten zijn ten aanzien van de kwaliteit van de arbeid. Wij verwachtten dat dit in hoge mate af zou hangen van de wijze waarop sociale innovatie wordt geïntroduceerd en hoe medewerkers worden ondersteund en aangestuurd om sociale innovatie tot een succes te maken. Ook hebben we gekeken of er in de zorg specifieke uitdagingen gelden om sociale innovatie tot een succes te maken. De centrale vraag is: *Hoe wordt sociale innovatie in de zorg (instelling) in- en uitgevoerd en wat zijn daar de opbrengsten van?*

Onderliggende vragen zijn:

- Hoe verloopt het proces van sociale innovatie?
- Wat zijn de opbrengsten van sociale innovatie voor de kwaliteit van de arbeid?
- Welke specifieke uitdagingen gelden in de zorgsector voor de invoering van sociale innovatie?

Het adviesbureau nam de effectmeting van sociale innovatie op het organisatieresultaat voor haar rekening.

De werkwijze bij het monitoren van pilots

Het monitoren bestond uit het beschrijven van het proces en de effecten van de innovaties op het ervaren werkplezier, de samenwerking, de werkprocessen en ervaren tijdsbesparing (deze punten zijn door medewerkers zelf aangebracht als belangrijke mogelijke opbrengsten van sociale innovatie). Hierbij is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. In een voormeting zijn we in gesprek gegaan met de leden van de teams over werkplezier en samenwerking. We vroegen medewerkers naar mogelijke verbeteringen. Bij beide teams hebben we tijdens bijeenkomsten, overleg en de uitvoering van werkzaamheden ‘meegelopen’ om de innovaties van dichtbij mee te maken. Tijdens de invoering van de innovaties zijn op verschillende momenten groepsgesprekken gevoerd over het verloop van de invoering van de innovaties en de mogelijke effecten ervan. Daarnaast zijn per team vijftien medewerkers individueel geïnterviewd over de werkbeleving en de knelpunten die zij ervaren tijdens de uitvoering van het werk en hun ervaring met de innovaties. Op verschillende momenten zijn er diepte-interviews gehouden met de twee betrokken leidinggevendenden en het projectmanagement over het verloop van de pilots. Ook hebben er tussentijds terugkoppelingsgesprekken plaatsgevonden met de teams, de leidinggeven en het projectmanagement over de voortgang en de voorlopige conclusies. Drie maanden na de uitvoering is bij Bulthof nog een tweede interviewronde gehouden met vijftien medewerkers.

Sociale innovatie en de effecten ervan

Alvorens we de resultaten van het onderzoek beschrijven gaan we dieper in op de begrippen sociale innovatie en de voorwaarden die nodig zijn om sociale innovatie tot een succes te maken. Sociale innovatie blijkt geen eenduidig begrip (Pot, 2012). Een belangrijk uitgangspunt bij alle definities is dat sociale innovatie iets moet opleveren voor zowel de

*Sociale innovatie moet iets opleveren voor
de organisatie en de medewerker*

organisatie als voor de medewerker (Pot, 2012). Sociale innovatie heeft effect op de organisatieprestatie en op de kwaliteit van de arbeid (arbeidsinhoud, arbeidsvoorwaarden, arbeidsrelatie of arbeidsomstandigheden). Daarnaast gaat elke definitie er van uit dat de inzet en de talenten van medewerkers nodig zijn om tot innovatie te komen. Viva Lente stelde zelf als doelen: een aantrekkelijke werkgever zijn en de arbeidsproduc-

tiviteit verhogen. De definitie die het Nederlands Centrum voor Sociale Innovatie (NCSI) hanteert past daarbij.

“Sociale innovatie is een vernieuwing in de arbeidsorganisatie en in arbeidsrelaties die leidt tot verbeterde prestaties van de organisatie, meer werkplezier en ontplooiing van talenten. Hierbij ligt de nadruk op het gemeenschappelijke belang van werkgever en werknemer bij vernieuwingen in werkmethoden, arbeidsorganisatie en aansturing”.

Een belangrijk kenmerk van sociale innovatie is volgens deze definitie dat de innovatie niet alleen leidt tot een verbetering van de prestatie van de organisatie maar dat het tegelijkertijd ook leidt tot meer werkplezier en ontplooiing van talenten van werknemers. Werkplezier en ontplooiing van talenten dragen bij aan wendbare en weerbare werknemers en daarmee aan duurzame inzetbaarheid (SER 2006). Om de huidige en komende uitdagingen in de zorg tegemoet te treden zijn effecten van sociale innovatie op duurzame inzetbaarheid, werkplezier en ontplooiing van talenten minstens zo belangrijk als het verhogen van de arbeidsproductiviteit. In dit artikel houden we het sociale innovatieproject dan ook tegen het licht van bovenstaande definitie.

Het proces van invoering van sociale innovatie

De doelen van sociale innovatie zijn helder, maar nog niet op welke manier die doelen bereikt kunnen worden. Sociale innovatie is niet zozeer iets dat je invoert, maar meer een proces dat wordt doorlopen. Er zijn dus geen vaste stappenplannen, maar er worden in de literatuur wel omstandigheden benoemd die invloed hebben op het succes van sociale innovatieprojecten. Een veel aangehaalde typering van het proces van sociale innovatie komt van Volberda, Van den Bosch en Jansen (2006). Zij spreken van drie organisatiedeterminanten voor sociale innovatie:

- Managementrollen en -vaardigheden die kennisdeling, -ontwikkeling en innovatie vergroten en medewerkers in staat stellen hun talenten aan te wenden voor innovatie.
- Flexibele organisatievormen die de interne veranderingssnelheid van de organisatie verhogen, bijdragen aan zelforganisatie en het experimenteren met nieuwe producten, diensten of werkwijzen bevorderen.
- Slimmer werken, ofwel, blijvende betrokkenheid stimuleren bij medewerkers en teams en hen in staat stellen om talenten en kennis te ontwikkelen. Dat kan alleen door het creëren van werkplekken en arbeidsverhoudingen die ruimte laten voor initiatieven van medewerkers en professionele autonomie (Vaas, 2001). Dat vraagt wel

dat medewerkers hiertoe fysiek en psychisch in staat zijn en in staat worden gesteld. Daarvoor is een open communicatieklimaat nodig, zodat samenwerking gestimuleerd en kennis gedeeld wordt en innovatie mogelijk is.

Wederzijds vertrouwen speelt bij bovenstaande punten een belangrijke rol. In de zorg verwachten wij dat dit ingewikkeld ligt, omdat de professionele autonomie die daarvoor nodig is steeds verder ingeperkt wordt (Zinsmeister, 2012). Bij eerder onderzoek naar sociale innovatieprojecten (Bureau Bartels, 2011) viel daarnaast op dat projectleiders met weerstand van medewerkers te maken kregen, omdat deze bang waren dat sociale innovatie niet meer dan een efficiëntiemaatregel was. In ons onderzoek hebben we aan de hand van bovenstaande drie determinanten onderzocht in hoeverre Viva Lente voorzag in de voorwaarden voor het creëren van sociale innovatie.

Effecten van sociale innovatie

Het lastige van sociale innovatie is dat de resultaten op korte, maar ook op lange termijn slecht te meten en te vergelijken zijn. Organisaties hanteren bijvoorbeeld verschillende betekenissen voor de begrippen sociale innovatie en productiviteit. In de zorg is productiviteit bovendien lastig meetbaar. Het is moeilijk om effecten op organisatieresultaat echt toe te schrijven aan sociale innovatie. Dit neemt niet weg dat er veel onderzoek gedaan wordt naar de effecten op organisatieresultaten als productiviteit, winstgroei en innovatievermogen (Oeij, Kraan en Vaas, 2009; Van der Hauw, Pasaribu & Zeijden, 2009; Volberda, Jansen, Tempelaar & Heij, 2011; Volberda et al., 2012). De uitkomsten van deze onderzoeken geven aan dat organisaties die investeren in sociale innovaties betere organisatieresultaten melden dan organisaties die dat niet doen. Het causale verband is echter lastig aan te tonen.

*Het lastige van sociale innovatie is dat de
resultaten slecht te meten en te vergelijken zijn*

Naar de effecten van sociale innovatie op de kwaliteit van de arbeid is nog weinig onderzoek gedaan. Bureau Bartels (2011) en Lubberding, Van Beek en Groenewegen (2011) hebben dit op kleine schaal wel gedaan. De uitkomsten zijn wisselend. Bij bureau Bartels (2011) werd door organisaties na invoering van de sociale innovatieprojecten onder andere meer afwisseling in het werk, grotere benutting van competenties en

vaardigheden en meer inspraak en betrokkenheid van medewerkers genoemd. Helaas werd deze informatie voor het grootste deel verkregen via de werkgever. Het onderzoek van Lubberding et al. (2011) meldt zeer geringe en bovendien niet duurzame effecten van sociale innovatieprojecten in de ouderenzorg. Er wordt nauwelijks tot geen verschil ervaren in medewerkertevredenheid (lichte stijging na een jaar, vervolgens een daling) en werkdruk tussen de start en twee jaar na de start van de projecten. Opvallend is dat in beide onderzoeken soms een toename van bureaucrativering, regels en werkdruk gemeld wordt als effect.

Het is lastig om succes- of faalfactoren te ontdekken voor sociale innovatie. In ons onderzoek hebben we daarom diepgaand willen onderzoeken hoe een sociale innovatieproject er uit kan zien, hoe medewerkers reageren op sociale innovatie en in hoeverre zij opbrengsten ervaren in de kwaliteit van de arbeid.

Effecten van extern gefinancierde sociale innovatieprojecten

Viva Lente ontving externe financiering voor de uitvoering van het project, waardoor zij aan bepaalde eisen wat betreft de uitvoering was gebonden. De onderzoeken van Lubberding et al. (2011) en Bureau Bartels (2011) laten zien dat sociale innovatieprojecten die extern gefinancierd zijn nog meer uitdagingen hebben dan projecten waarbij dat niet het geval is. Zo hebben de richtlijnen en deadlines van subsidieverstrekking een belemmerende werking op het project waar juist experimenteren centraal moet staan, is de borging nadat de financiering stopt een probleem (Lubberding et al., 2011) en worden medewerkers vaak pas betrokken wanneer het projectplan al is goedgekeurd door de subsidieverstrekker (Bureau Bartels, 2011).

De complexe omgeving van de zorg

Sociale innovatie binnen de zorg vraagt speciale aandacht ten opzichte van andere sectoren. De zorgsector is complex vanwege een hoge regelgeving en hoge kwaliteitseisen. Dat maakt het lastig om te experimenteren met nieuwe werkmethoden. Tegelijkertijd wordt de noodzaak om te experimenteren met nieuwe werkmethoden groter vanwege oplopende personeelstekorten en bezuinigingsmaatregelen.

Doordat de bevolking steeds ouder wordt stijgt de zorgvraag en worden ziektebeelden van ouderen steeds complexer. Hierdoor is gemiddeld per oudere meer en langer zorg nodig (zorgzwaarte). En hoewel de ouderenzorg arbeidsintensiever is geworden, is de arbeidsproductiviteit de laatste jaren gedaald (CBS, 2009). Naast de toenemende zorgzwaarte (CBS, 2009) zorgt ook de groeiende aandacht voor kwaliteit van zorg (Dumaij, 2011) voor een daling van de arbeidsproductiviteit. Er zijn dus meer zorgmedewerkers nodig, maar de ontwikkeling lijkt zich juist in

tegenovergestelde richting te bewegen. Volgens het CPB (2009) is er in 2025 een tekort van 250.000 zorgmedewerkers. Het werken in de zorg wordt niet als aantrekkelijk gezien, zo was in 2009 de uitstroom van verpleegkundigen uit de zorgsector voor het eerst groter dan de instroom (CBS, 2012). Uit onderzoek van het Nivel (2010) blijkt dat werknemers het werk aantrekkelijker vinden als zij meer autonomie en waardering en minder werkdruk en administratie ervaren. Het is de vraag of de zorg zich in die richting ontwikkelt. Sinds 2009 ontvangen zorginstellingen financiering die gekoppeld is aan een zorgzwaartepakket (ZZP).² Het totaal aantal ZZP-indicaties bepaalt de financiering van de zorginstelling. De indicatiestelling zorgt voor fluctuaties in de inkomsten van zorginstellingen en maakt het financieel onaantrekkelijk om meer zorg te bieden dan strikt noodzakelijk is. Dit wordt vervolgens vertaald naar de inzet van personeel, waardoor een meer flexibele en efficiënte inzet van personeel gewenst is. Indicatiestelling op afstand betekent ook een verdere vermindering van de professionele autonomie van deze professionals (Struijs en Van de Vathorst, 2009).

*Zorgmedewerkers wensen meer autonomie, maar
de trend is in tegenovergestelde richting*

Sociale innovatie vraagt zelfsturing, creativiteit en reflexiviteit van medewerkers die door protocolisering en efficiëntie maatregelen juist steeds minder autonomie en regelmogelijkheden hebben (Zinsmeister, 2012). Zo'n ommezwaai gaat niet over één nacht ijs. Juist in deze sector zal er dus veel aandacht uit moeten gaan naar het stimuleren en ondersteunen van het lerend vermogen, het vergroten van de autonomie en het vergroten van vertrouwen om te kunnen experimenteren. Tegelijkertijd moet de veiligheid en de kwaliteit van leven van cliënten gewaarborgd blijven en dwingt de wijze van financiering zorginstellingen zich op kostenefficiëntie te focussen. In ons onderzoek stelden we vragen bij de specifieke uitdagingen die we tegenkwamen bij de invoering van sociale innovatie. Wij verwachtten dat de combinatie van de huidige en toekomstige uitdagingen in de zorg en de manier waarop zorg gefinancierd en georganiseerd wordt het uiterst lastig maken om met sociale innovatie aan de slag te gaan.

Bevindingen

Ondanks bovenstaande zorgen vonden we de plannen van Viva Lente boeiend en uitdagend en de moeite waard om aan het project mee te

doen. We bespreken in deze paragraaf per pilot hoe het proces van sociale innovatie er uitzag en wat de effecten ervan waren.

Sociale innovatie bij Bulthof: sociaal implementeren van een technische innovatie

Bulthof is een verzorgingshuis met 60 eenpersoonskamers en twaalf aanleunwoningen voor zelfstandig wonende ouderen. Ongeveer 26 medewerkers en de locatiemanager vormden de pilotgroep. De medewerkers hebben verschillende opleidingsniveaus van mbo niveau 1 t/m niveau 4: het zijn helpenden, verzorgenden, eerst verantwoordelijk verzorgenden (EVV'ers) en activiteitenbegeleiders.

Binnen het kader van 'slimmer werken met technologie' mogen medewerkers samen met de leidinggevende bepalen welke innovaties worden ingevoerd. Tijdens een teambijeenkomst besluit het team om de overdracht van de ene dienst op de volgende schriftelijk te doen in plaats van mondeling. De schriftelijke overdracht moet er in voorzien dat alleen de essentie wordt overgedragen, waardoor de overdracht sneller en minder rommelig verloopt. Door de essentie schriftelijk vast te leggen wordt de overdracht ook geschikt voor de cliëntdossiers. Er worden tijdens de bijeenkomst nog twee innovaties bedacht, namelijk het werken met een digitaal kladblok, om direct op de kamer van de bewoner te rapporteren in het cliëntdossier en een informatiescherm voor de bewoners op de kamer. Vanwege technische beperkingen kunnen deze laatste twee innovaties niet worden uitgevoerd in de van te voren gestelde termijn van een half jaar.

De innovatie doet een beroep op de leervermogens van medewerkers. Het vraagt taalvaardigheid en het vermogen om samen tot afspraken te komen over de informatie die belangrijk is om over te dragen en wanneer een overdracht volledig is. Het effect van het schriftelijk overdragen is volgens het team dat er per dag meer tijd overblijft om iets met de bewoners te doen en dat daarmee het eigen werkplezier wordt verhoogd.

Invoering en proces van innovatie

Tussen september en februari gaan de medewerkers aan de slag met schriftelijk overdragen. De leidinggevende wil gelijk na de invoering dat bij de overdracht niet meer gesproken wordt. De medewerkers die hun dienst starten moeten de aantekeningen lezen in de cliëntdossiers die door de vorige dienst zijn gemaakt. Met deze mededeling gaan de medewerkers aan de slag. Dit is de enige interventie van de leidinggevende gedurende de looptijd van de pilot.

Van mondeling overdragen naar schriftelijk overdragen lijkt een kleine aanpassing, maar doordat er nu meer aandacht wordt gelegd op wat er

gerapporteerd wordt in de cliëntdossiers, komt er met betrekking tot de kwaliteit een aantal problemen naar boven. Zo vinden (sommige) medewerkers het lastig om informatie over de gemoedstoestand van de cliënt op papier te zetten. Daarnaast zijn medewerkers wantrouwig of de rapportage wel goed gelezen en geïnterpreteerd wordt en omgekeerd, of het wel goed opgeschreven is. Doordat er niet meer gesproken wordt, worden er geen vragen gesteld en kan er geen aanvulling gegeven worden op hetgeen op schrift staat. Het schriftelijk overdragen legt een probleem

*Van mondeling naar schriftelijk overdragen
lijkt een kleine aanpassing, maar legt een
aantal problemen bloot*

bloot dat eigenlijk al bestond, namelijk dat niet helder is welke informatie over een cliënt of situatie nodig is om goede zorg te bieden. Niet alle belangrijke informatie wordt overgedragen. Belangrijke informatie is bijvoorbeeld informatie over medicijngebruik of een verandering daarin, een ongeluk, ziekenhuisbezoek of indicaties over achteruitgang van de bewoner. Omdat er nu schriftelijk wordt gerapporteerd is veel transparanter wat en op welke manier overgedragen wordt en is nu beter aanwijsbaar waar het fout gaat. Tijdens interviews blijkt dat medewerkers verschillen ervaren in de manier van overdragen en rapporteren tussen de meer ervaren collega's en de jonge of minder ervaren collega's. Bij de schriftelijke overdracht lopen ze tegen een verschil van perspectief aan. Dit speelt vooral een rol bij de interpretatie van gedrag van een bewoner, in hoeverre men iets van belang vindt om te rapporteren en bij de interpretatie van hetgeen door iemand anders gerapporteerd is. De medewerkers krijgen van de leidinggevende de ruimte om samen te bepalen hoe te komen tot een optimale overdracht. Het team blijkt daar echter niet toe in staat. Zij hebben niet de vaardigheid om samen tot consensus te komen. Daarnaast vinden medewerkers met een lager opleidingsniveau het lastig hun mening onder woorden te brengen tijdens overleg. Meerdere keren vragen medewerkers de leidinggevende om een training te organiseren waarbij hen verteld wordt hoe te rapporteren. Zij willen graag het probleem oplossen, maar geloven niet dat zij dat zelf kunnen oplossen. De leidinggevende blijft echter herhalen dat ze zelf mogen besluiten hoe te rapporteren.

Als wij tussentijds en aan het einde van de pilot met de medewerkers spreken blijken de problemen met betrekking tot de rapportage en over-

dracht te blijven bestaan. Volgens de leidinggevende moeten medewerkers elkaar aanspreken op wat in de rapportages staat geschreven en in hoeverre daarmee rekening wordt gehouden. Elkaar aanspreken is echter een lastige kwestie binnen het team. Wat we kunnen concluderen is dat hoewel medewerkers zeggenschap over het overdrachtsproces krijgen, ze daar geen invulling aan kunnen geven. In plaats van zelf samen naar een oplossing te zoeken, blijven ze vragen naar wat ze gewend zijn, namelijk instructie van de leidinggevende. De leidinggevende heeft geen aandacht voor de benodigde ondersteuning van de overgang van instructie naar autonomie, waardoor medewerkers ook niet in staat zijn nieuwe kennis en vaardigheden op te doen om zelf te kunnen zoeken naar oplossingen. Daarnaast hebben de teamleden onvoldoende vertrouwen in elkaars kennis en vaardigheden om samen tot oplossingen te komen.

Effecten

Op drie momenten tijdens de pilot zijn medewerkers in interviews bevroegd in hoeverre de innovaties effect hebben op hun werkplezier, de samenwerking en de uitvoering van de zorg. Uit deze interviews blijkt dat de innovaties geen noemenswaardig effect hebben op deze aspecten. In termen van opbrengsten geven ze aan minder tijd kwijt te zijn aan de overdracht. Ze kunnen echter niet benoemen waar de tijd die overblijft naar toe is gegaan.

De pilot leidt niet tot overeenstemming tussen de medewerkers aan welke criteria de rapportage moet voldoen. De leidinggevende erkent dit probleem. Terwijl de schriftelijke overdracht in eerste instantie niet meer dan een technische verbetering van het werk lijkt is tijdens de pilot gebleken dat deze innovatie de kwaliteit van de geleverde zorg raakt. Medewerkers ervaren door de pilot het rapporteren nu als probleem, maar weten zelf niet goed hoe ze dit probleem kunnen oplossen. De consequenties van de innovatie schriftelijk overdragen zijn veel groter dan in eerste instantie werd gedacht door het team en de leidinggevende.

Sociale innovatie bij Prinsenhof: met minder regels naar betere zorg

De pilotgroep binnen Prinsenhof wordt gevormd door een team van 34 medewerkers dat werkzaam is op de psychogeriatrische afdeling binnen de instelling. Deze afdeling is verdeeld in een team 'Even' en 'Oneven' (de kamernummers van de bewoners) en beide hebben een eigen woonkamer. Het team bestaat uit medewerkers met verschillende opleidingsniveaus (MBO 1 t/m HBO). De pilotgroep bestaat uit de medewerkers van team Even en de leidinggevende en omvat een activiteitenbegeleider, eerste verantwoordelijke verzorgenden (EVB'ers), een verpleegkundige, verzorgenden, verzorgings- en voedingsassistentes en leerlingen in opleiding. De leidinggevende en het team worden pas

in september op de hoogte gebracht van de pilot door het projectmanagement. Tijdens een startbijeenkomst waar dertien medewerkers en stagiaires bijeen zijn wordt gebrainstormd over mogelijke regels die in het kader van 'regelluw werken' afgeschaft kunnen worden. Het team komt op een aantal mogelijke regels. De leidinggevende bepaalt uiteindelijk, door tijdsdruk en de krappe planning van het project, dat de volgende innovaties ingevoerd worden:

- *Het terugbrengen van de mondelinge overdracht van drie naar één keer per dag.* De regel was dat er bij elke start van een nieuwe dienst een gezamenlijke overdracht plaatsvond. Deze duurt ongeveer een half uur. De innovatie is het terugbrengen naar één overdracht in de middag. Dit betekent dat de tijd voor overdracht gereduceerd wordt. In plaats van de twee andere overdrachten worden rapportages in de cliëntdossiers van bewoners gelezen.
- *Het langzaam toewerken naar een samenwerking op afdelingsniveau.* Het betreft hier weer het veranderen van een informele 'regel' dat collega's van het 'Oneventeam' niet communiceren of samenwerken met het 'Eventeam'. De twee teams werken geheel gescheiden van elkaar terwijl ze dicht bij elkaar hun werkzaamheden verrichten en dezelfde leidinggevende hebben. Ook in crisissituaties ondersteunen ze elkaar niet of nauwelijks. De innovatie is dat een dagelijks contactmoment hen meer inzicht oplevert ten aanzien van elkaars bewoners, meer begrip voor elkaars werk én ondersteuning bij drukte en crisissituaties. Het initiatief zal komen van de medewerkers van team Even. Zij zullen elke werkdag bij de teamleden van Oneven informeren hoe het gaat en hen eventueel helpen.

Door de pilot ervaren medewerkers het rapporteren nu als probleem

- *Cliëntgerichte afspraken.* De (informele) regel was dat dienstverlenende disciplines als kapper, tandarts en fysiotherapeut zelf de afspraken met bewoners bepaalden in plaats van andersom. Dit bracht veel stress mee voor de bewoners en medewerkers. De innovatie is dat de gesteldheid van de bewoner en de haalbaarheid om een bewoner op tijd klaar te hebben de afwegingsfactoren worden of een afspraak wordt gemaakt.

Deze innovaties moeten leiden tot enerzijds tijdsbesparing en verbetering van de kwaliteit van de zorg en anderzijds verbetering van de samenwerking en verlichting van de ervaren werkdruk. Bij deze innovaties wordt een belangrijk beroep gedaan op het vermogen om samen te werken.

Invoering en proces van innovatie

In oktober 2011 informeert de leidinggevende de medewerkers over de gekozen innovaties. Het regelluw werken wordt ingeluid met de afspraken die hierboven beschreven staan. Deze afspraken zijn door de leidinggevende op het mededelingenbord geprikt in de ruimte waar de overdracht plaatsvindt. Frappant is dat de innovaties hierop als 'regels' worden aangeduid. Verder staan de afspraken uitgebreid beschreven in een map die iedere medewerkers kan inzien.

De communicatie over de pilot via het mededelingenbord vindt men onprettig

Tijdens interviews blijkt dat medewerkers die aanwezig waren bij de startbijeenkomst zich meer betrokken voelen bij de pilot dan de niet aanwezige collega's. De communicatie over de pilot via het mededelingenbord wordt als onprettig en onaangekondigd ervaren. Sommige medewerkers zijn slechts door collega's op de hoogte gebracht. Tijdens een teambijeenkomst in november wordt aan de medewerkers gevraagd of zij de ingevoerde innovaties kunnen benoemen. Niet alle medewerkers kunnen dat. Wat verder opvalt is dat de medewerkers constant veel tijd- en werkdruk ervaren, waardoor overleg onder druk staat. Tijdens interviews wordt werkdruk steeds benoemd als een van de aspecten die het werkplezier vermindert. Tijdens teambijeenkomsten vinden medewerkers het lastig om het werk los te laten en te reflecteren op het verloop van de innovaties. De derde innovatie: 'cliëntgericht werken' blijkt tot verwarring te leiden. Sommige medewerkers geven aan dat ze al cliëntgericht werken en anderen begrijpen niet wat er van ze verwacht wordt, waardoor er geen verandering plaats vindt. Deze innovatie wordt uiteindelijk niet uitgevoerd.

Innovatie 1: overdragen

Evenals bij Bulthof zijn de medewerkers schriftelijk gaan overdragen in plaats van mondeling tijdens twee van de drie overdrachtsmomenten. Al in oktober blijkt dat ze daardoor een tijdsbesparing ervaren. Medewerkers geven aan dat het rapporteren wel effectiever kan en de meningen

verschillen ook over wat er wel en niet gerapporteerd moet worden. Sommige bijzonderheden worden nog wel mondeling toegelicht. 's Ochtends kan de nachtploeg eerder weg en de dagploeg kan eerder beginnen met het verzorgen van de bewoners, waardoor ze beter op schema lopen. In februari blijkt wel tijdens interviews dat niet iedereen zich aan de regels houdt, wat demotiverend werkt bij degenen die dat wel doen. Niet alle medewerkers zijn op de hoogte van de innovaties en het belang ervan en niet alle collega's durven of willen elkaar hierop aanspreken. De leidinggevende geeft in februari aan dat ze het team meer had moeten informeren over de pilot.

Invoering 2: vestigingsbreed samenwerken

Ten aanzien van het vestigingsbreed samenwerken wordt ook in oktober al een verandering geconstateerd. In het begin ligt het initiatief voornamelijk bij het Eventeam omdat daar de afspraak vandaan kwam. De teamleden merken op den duur dat collega's van Oneven ook bij Even langslopen om te vragen hoe het gaat. Het komt nu van beide kanten en samenwerking wordt ook vanuit team Oneven gestimuleerd. Men helpt elkaar vaker en er is meer begrip voor elkaar. Uit interviews blijkt dat de medewerkers over deze innovatie het meest enthousiast zijn, omdat het makkelijker blijkt samen te werken dan men van te voren dacht. Niet alle medewerkers van 'Even' en 'Oneven' helpen elkaar echter. Medewerkers geven op verschillende momenten tijdens de pilot aan dat de samenwerking beter kan en dat ze het lastig vinden elkaar feedback te geven. De leidinggevende noch het team zelf weet hoe de samenwerking verbeterd kan worden.

Effecten

Ondanks dat medewerkers het nut inzien van zowel het verminderen van overdrachten als afdelingsbrede samenwerking en hier positieve effecten van ondervinden, geeft een meerderheid aan dat sommige medewerkers niet betrokken zijn bij de invoering van de sociale innovatie en hun gedrag niet aanpassen. Zij hebben onvoldoende zicht op de noodzaak en het doel van de veranderingen. De communicatie via het mededelingenbord en een multomap met informatie is niet voldoende. Het merendeel van de afwezige (of later gestarte) medewerkers ervaart de veranderingen daardoor als onduidelijk en er ontstaat verwarring over de betekenis van de afspraken. Dit leidt tot verschil in toepassing en tot irritaties in de samenwerking die vaak niet uitgesproken worden. Er is net als bij Bulthof een eerste stap gezet in de verbetering van de samenwerking. Medewerkers zijn zich bewust van het belang van een goede samenwerking voor het werkplezier en de kwaliteit van de zorg. Toch ervaren medewerkers nog problemen met betrekking tot de samenwerking die tot frustratie leiden. De innovatie is slechts een start en vraagt meer aandacht voor de samenwerking.

Het ervaren van werkdruk is niet verminderd tijdens de pilot. Medewerkers geven aan dat ze in plaats van regelluw werken liever hadden geëxperimenteerd met de planning en de vormgeving van de werkruimte, omdat ze het idee hebben dat daar nog veel verbeterd kan worden. De leidinggevende en een aantal medewerkers geven in februari aan bang te zijn dat tijd en aandacht voor de ingezette innovaties wegvalt zodra het project ten einde loopt. Dat is bij eerdere projecten en initiatieven uit het team ook gebeurd. Door werkdruk en andere (lopende) projecten die aandacht en tijd vereisen ziet de leidinggevende zelf geen mogelijkheden om er voor te zorgen dat dit niet gebeurt.

*Medewerkers zijn zich bewust van het belang
van een goede samenwerking voor het werkplezier
en kwaliteit van zorg*

Het natraject

Toen de financiering via ESF afliep zijn de pilots stopgezet. Het projectmanagement ging er van uit dat de ingezette innovaties vanzelf werden doorgezet. Er zijn geen plannen gemaakt om dit te ondersteunen of om binnen andere teams bezig te gaan met sociale innovatie. De leidinggevende van Bulthof heeft daarom plannen uitgewerkt om zelf budget vrij te maken voor een vervolgtraject. Bij Prinsenhof werd aan het eind van dit project alweer een start gemaakt met een nieuw project, waardoor aandacht voor de ingezette innovaties op de achtergrond raakte.

Het betrokken adviesbureau heeft vervolgens voor Viva Lente de effectmetingen gedaan ten aanzien van de organisatieprestatie. Volgens het bureau was de opbrengst van deze innovaties na zes maanden als volgt: een verlaging van het ziekteverzuim bij Bulthof van 1,8 procent en een verhoging van het ziekteverzuim bij Prinsenhof van 0,7 procent, een verlaging van het verloop (20%) en een besparing van gemiddeld 20 minuten bij de overdrachten. Wat opvalt is dat de kwaliteit van de zorg niet meegenomen is in de effectmeting, terwijl verhoging van de kwaliteit van zorg aanvankelijk wel een van de doelen was.

Dergelijke effectmetingen zijn ons inziens niet verantwoord. Het project had een looptijd van een halfjaar en het is niet te zeggen of verandering is toe te schrijven aan de sociale innovatie. We hebben meegekeken hoe de cijfers zijn verzameld en zagen dat bij de ene meting van verloopcij-

fers leerlingen meegeteld werden en bij de andere meting niet. Bij de verzamelde ziekteverzuimgegevens werden gegevens van het betrokken team vergeleken met de verzuimcijfers van de hele afdeling of locatie van een jaar eerder. Dit soort meetverschillen beïnvloedt de uitkomsten van metingen. Hiermee willen we onze zorg uiten met betrekking tot de wijze waarop metingen worden verricht binnen andere organisaties. Een half jaar is te kort om een verandering in arbeidsproductiviteit in de zorg te meten. Veranderingen in een organisatie kunnen de productiviteit bovendien tijdelijk verlagen omdat er onrust is en medewerkers moeten wennen aan veranderingen of tijdelijk verhogen omdat medewerkers tijdens sociale innovatieprojecten meer aandacht en waardering krijgen dan normaal.

Het projectmanagement was tevreden over de resultaten. Een van de programmamanagers formuleerde dit project als een 'cadeautje aan de medewerkers', omdat zij de kans kregen om mee te mogen denken over de organisatie van hun werk. Naast de bewijsvoering naar ESF was dit voor haar een belangrijke reden om alles op alles te zetten om aan te tonen dat het project succesvol was.

Conclusies en discussie

Met behulp van kwalitatief onderzoek hebben we een proces van sociale innovatie in twee zorginstellingen onderzocht. Achtereenvolgens kijken we hoe de instellingen het proces van sociale innovatie hebben ingezet en wat de effecten waren. Ook behandelen we het effect van de externe financiering op het verloop van dit sociale innovatieproject en trekken we lessen voor organisaties die in de toekomst willen starten met sociale innovatie.

Het proces van sociale innovatie

Het valt ons op dat Viva Lente het begrip sociale innovatie slechts definieerde als een uitkomst en niet ook als een proces. Een voorwaarde om uitkomsten te bereiken is aandacht voor het proces van sociale innovatie. Medewerkers blijken bij Viva Lente onvoldoende in staat om mee te denken over innovatie en om vernieuwingen te incorporeren in hun werk. Dit is niet gek als je bedenkt dat taken en verantwoordelijkheden door functiespecialisatie (vanuit efficiëntiemaatregelen) steeds verder zijn opgeknipt, waardoor medewerkers het overzicht over het hele proces van zorg verlenen zijn verloren. Daarnaast is samenwerking tot een minimum beperkt om zoveel mogelijk tijd aan directe zorg te besteden, waardoor medewerkers maar beperkt in staat zijn om samen te leren, kennis te delen en te innoveren. Er zijn aanpassingen in de organisatie van het werk, alsmede een andere wijze van aansturing nodig om het proces van sociale innovatie tot stand te brengen. Als we terugkijken naar de drie organisatiedeterminanten (Volberda et al., 2006) waardoor

sociale innovatie mogelijk is binnen een organisatie, dan zien we dat Viva Lente aan geen van deze determinanten voldoende aandacht heeft geschonken.

Managementvaardigheden

Zeker in een sector als de zorg waar protocollen, regels en zorgplannen in hoge mate bepalend zijn voor het handelen van medewerkers zijn bijzondere managementvaardigheden vereist om innovatie tot stand te brengen. Er is bij dit project geen aandacht geweest voor het creëren van managementvaardigheden passend bij sociale innovatie. Beide leidinggevenden waren niet in staat of kregen niet de tijd hun stijl van leidinggeven aan te passen. Bij Bulthof nam de leidinggevende een

*Men zag het begrip sociale innovatie slechts
als een uitkomst en niet als een proces*

laissez-fairestijl aan. Medewerkers kregen de ruimte om te experimenteren, maar hij ondersteunde of stimuleerde ze niet. De leidinggevende van Prinsenhof had een meer directieve stijl. Zij stelde zelf de innovaties vast en formuleerde ze als nieuwe regels. Het effect hiervan was dat medewerkers zich minder betrokken voelden bij de innovaties. Beide leidinggevenden bleken niet in staat het team te faciliteren bij het collectieve leerproces dat hoort bij sociale innovatie. Het projectmanagement had geen oog voor het leerproces dat nodig is bij de leidinggevenden. In het project was geen coaching of scholing als activiteit meegenomen voor de leidinggevenden.

Flexibele organisatievormen

Een zorginstelling is geen flexibele organisatie die snel op veranderingen in de omgeving kan inspelen. Daar is van oudsher ook weinig noodzaak toe geweest. De huidige ontwikkelingen binnen de ouderenzorg en de bezuinigingsdruk vragen echter meer flexibiliteit wat wellicht een aanleiding is om met sociale innovatie aan de slag te gaan. Deze ontwikkelingen zorgen er tegelijkertijd voor dat zorginstellingen een grotere focus op efficiëntie en kostenbewustzijn ontwikkelen om te kunnen overleven. Dit is lastig, omdat efficiëntie andere eisen stelt aan de organisatie dan innovatie (Volberda et al., 2011). Een rigide en planmatige aanpak werkt niet goed samen met flexibiliteit en innovatie. Juist door een pilot op te starten kan voor een klein deel van de organisatie de ef-

ficiëntiefocus losgelaten worden zodat de mogelijkheid ontstaat om te experimenteren met nieuwe manieren van werken zonder dat dit direct gevolgen heeft voor de efficiëntie binnen de rest van de organisatie. Bij dit project was er sprake van een planmatige aanpak. Er mocht niet afgeweken worden van de kaders ‘regelluw werken’ en ‘slimmer werken met technologie’. Toen het projectplan eenmaal af was mocht daar, zelfs als innovaties niet mogelijk bleken of niet werden gedragen door medewerkers, niet meer van worden afgeweken. Hierdoor was er geen sprake van experimenteren, maar van implementeren. Daarnaast kon de experimentatiefase niet verlengd worden, vanwege verplichtingen naar de subsidieverstrekker toe.

Slimmer werken

Bij slimmer werken gaat het om medewerkers in staat stellen hun talenten in te zetten, hen vertrouwen te geven en te werken aan betrokkenheid bij het project. Op al deze drie subaspecten zijn steken laten vallen. Er was weinig vertrouwen van het projectmanagement, waardoor de betreffende teams pas laat betrokken werden bij de uitvoering van het project. Er was algeheel weinig aandacht voor wat er zich op de werkvloer afspeelde.

Medewerkers zijn slecht in staat gesteld om hun talenten in te zetten ten behoeve van innovatie. Ze wilden wel, maar konden niet. De manier waarop het werk georganiseerd is stimuleert hen niet om zelf na te denken over verbeteringen van werkprocessen. Dat maakt de introductie van sociale innovatie moeilijk. Medewerkers zien mogelijkheden om werkprocessen te verbeteren, maar zijn zelf niet in staat om hier handen en voeten aan te geven. De teams zijn divers qua opleidingsniveau. Vooral de lager geschoolde medewerkers hebben weinig verantwoordelijkheden

Bij slimmer werken gaat het om medewerkers in staat stellen hun talenten in te zetten

en autonomie in hun functies. Deze medewerkers hebben specifieke aandacht nodig wanneer ze een actieve bijdrage moeten leveren aan de verbetering van werkprocessen. Doordat deze aandacht ontbrak hadden ze weinig inbreng, wat weer tot frustratie leidde bij andere medewerkers. Beide teams waren niet in staat om samenwerkingsproblemen zonder hulp op te lossen. Die hulp is hen niet geboden.

Effecten van sociale innovatie

Er was bij Viva Lente voornamelijk aandacht voor de effecten op de prestatie van de organisatie in termen van arbeidsproductiviteit en minder aandacht voor de effecten op het gebied van kwaliteit van de arbeid.

Opbrengsten ten aanzien van de kwaliteit van de arbeid

De opbrengst van het project is lastig in kaart te brengen. Dit komt omdat er eigenlijk nog maar een eerste stap gezet is naar sociale innovatie en de periode erg kort was. Er is een kleine verhoging van het werkplezier ervaren, omdat medewerkers minder lang bezig zijn met de overdracht. Ondanks deze tijdsbesparing, kan men bij Bulthof niet zeggen dat dit ten goede komt aan de bewoners en verandert er bij Prinsenhof niets aan de ervaren werkdruk. Tegelijkertijd zijn medewerkers in beide pilots zich bewuster geworden van problemen binnen de samenwerking, maar hebben ze niet de vaardigheid of de middelen om dit op te lossen, wat tot nieuwe frustratie leidt. Samenwerken wordt door medewerkers van Bulthof en Prinsenhof als een van de peilers van arbeidsproductiviteit en werkplezier gezien. Door de samenwerking te verbeteren is de kans groot dat de kwaliteit van de zorg verbetert. Omdat de pilots met het aflopen van de financiering stopgezet zijn is te verwachten dat het verhoogde werkplezier dat nu ervaren wordt op lange termijn weg zal ebben. Te verwachten valt dat zelfs teleurstelling optreedt, omdat door de medewerkers ingezette en gewenste veranderingen geen gevolg krijgen.

Effect van externe financiering via ESF

De subsidietoekenning bleek leidend voor het proces. De subsidieverstrekker vroeg om een planmatige aanpak, wat sociale innovatie niet ten goede komt. Daarnaast was de wens om er een succes van te maken zo groot bij het projectmanagement dat er een blinde vlek ontstond voor alles wat mis ging, waardoor niet werd geïntervenieerd wanneer dat nodig

De subsidieverstrekker vroeg een planmatige aanpak, wat sociale innovatie niet ten goede komt

was. Tijdsdruk speelde een belangrijke rol. Door de lange voorbereiding en het vaste planningsstramien konden medewerkers niet diepgaand betrokken worden. Medewerkers werden pas betrokken vier á vijf maanden nadat de subsidie was toegekend. Hierdoor bleef maar een half jaar over om te experimenteren en was bijstelling niet mogelijk.

Concluderend kunnen we zeggen dat het projectmanagement onvoldoende aandacht had voor de begeleiding en ondersteuning die nodig is om medewerkers met doorgaans weinig verantwoordelijkheden, zeggenschap en overzicht over het zorgproces aan te zetten tot vernieuwing. Evenwel geldt dat voor de teamvaardigheden en de tijd die nodig is om kennis te delen en samen tot vernieuwingen te komen in het werkproces. Het management en het adviesbureau zijn met open ogen in de valkuilen van externe subsidiering gevallen waar vooral een planmatige aanpak en (financiële) verantwoording een rol spelen. Ook de kritische spiegel die wij het projectmanagement meerdere keren voorhielden kon het tij niet keren. Toen het plan eenmaal ingezet en het geld uitgegeven was werd alle aandacht gericht op het achteraf kunnen verantwoorden aan de subsidievertrekker. Ruimte voor experimenteren en bijstellen was er niet.

Discussie: de rol van HR bij sociale innovatie

De HR-afdeling heeft in het hele project geen rol gehad. Viva lente heeft twee externe partijen ingehuurd die geholpen hebben met de vormgeving, evaluatie en effectmeting van het project. Een groot deel van deze werkzaamheden had mogelijk ook door de HR-afdeling uitgevoerd kunnen worden. Naar gelang de expertise binnen de HR-afdeling had zij meerdere rollen kunnen vervullen:

- De belangrijkste rol voor HR ligt in de ondersteuning van de leidinggevende en de teams. HR zou inzicht moeten hebben in wat nodig is voor teams en leidinggevendenden als het gaat om leervermogen, teamvorming, (management)vaardigheden en de organisatie van het werk. Als zij vanaf dag één betrokken waren geweest dan hadden ze hierin een belangrijke rol kunnen vervullen. Daarvoor is wel nodig dat HR goed zicht heeft op de werkprocessen, de organisatie van het werk en de aanwezige kennis en vaardigheden. Daarnaast is het van belang te realiseren dat het hier om maatwerk gaat. De ene leidinggevende heeft andere ondersteuning nodig dan de andere.
- De HR-afdeling zou vanuit een visie op de (on)mogelijkheid van effectmetingen de effecten van sociale innovatie zelf in kaart kunnen brengen.
- HR zou de rol van ‘luis in de pels’ kunnen vervullen, door zelf het proces kritisch te volgen en het projectmanagement tussentijds te adviseren, alhoewel we ons bewust zijn dat deze rol wellicht lastig te vervullen is door een interne afdeling.

Navraag bij de HR-afdeling en leidinggevendenden leerde ons dat ook bij andere projecten, zoals de inkoop van een nieuw roostersysteem en een

project om met zelfsturende teams te gaan werken, de expertise volledig buiten de organisatie wordt gezocht door het management. Daarnaast hebben de HRM'ers zeer weinig contact met medewerkers en weinig zicht op wat er op de werkvloer gebeurt. Het is jammer dat HR in deze organisatie bij belangrijke projecten buiten spel staat, juist omdat in dit onderzoek zichtbaar wordt welke belangrijke bijdragen ze hadden kunnen hebben.

Implicaties voor de praktijk

In Viva Lente zijn kleine verbeterprocessen in gang gezet die kunnen leiden tot grotere veranderingen in de manier waarop de teams samenwerken. Bij Prinsenhof is de pilot stopgezet. Onze monitor is door de leidinggevende niet geëvalueerd. Bij Bulthof daarentegen wordt met eigen financiering het project voorgezet en is nu de wens om te onderzoeken hoe men binnen het team met en van elkaar leert en hoe het team ondersteund kan worden om tot meer zelfsturing en innovatie te komen. Onze monitor is geëvalueerd en de leidinggevende wil meer ondersteund worden bij het leidinggeven. Er is een zorgcoach aangesteld die medewerkers gaat helpen bij het rapporteren in de cliëntdossiers. De persoon van de leidinggevende is doorslaggevend of uit falende projecten lessen worden geleerd.

HR zou de rol van 'luis in de pels' kunnen vervullen, door zelf het proces kritisch te volgen

Ook binnen bureaucratische organisaties is het mogelijk om met kleine pilots innovatie te bewerkstelligen. (HR-)Managers die willen starten met sociale innovatie moeten nadenken of ze langdurig willen investeren in het creëren van een klimaat waarin dit mogelijk is. Dit vraagt afhankelijk van de situatie om ontwikkeling van managementvaardigheden op verschillende niveaus, talentontwikkeling van medewerkers en het creëren van werkplekken waar die talenten kunnen worden ingezet. Om innovatie mogelijk te maken zal ook aandacht uit moeten gaan naar teamontwikkeling. Voor organisaties waar dit van nature niet gebeurt, betekent dit een grote investering en een lange adem. Een pilot kan de mogelijkheid bieden om op kleine schaal te experimenteren met innovatie. Er moet dan wel een serieuze intentie zijn om de pilot voort te zetten in een blijvende situatie, anders is het verspilde energie van alle betrokkenen en kan teleurstelling en wantrouwen bij medewerkers het gevolg

zijn. Daarnaast moet het management bedenken dat de uitkomsten van sociale innovatie niet te voorspellen zijn of van tevoren te bedenken zijn. Sociale innovatie staat in contrast met een rigide, planmatige aanpak en is grillig maar is zeker een uitdagend alternatief om binnen de zorg als goede werkgever voor de dag te komen.

Literatuur

- Bureau Bartels (2011). 'Evaluatie tijdvak 1 actie E sociale innovatie van het ESF-programma 2007-2013'. Amersfoort: Bureau Bartels BV
- CBS (2009), 'Meer ouderenzorg met minder mensen', in: *Gezondheid en zorg in cijfers 2009*, Voorburg
- CBS (2012), 'Verpleegkundigen aan het werk', in: *Sociaal Economische Trends 1e kwartaal 2012*, Voorburg
- CPB (2009) *Arbeidsaanbod en gewerkte uren tot 2025: Een beleidsneutraal scenario*. Den Haag: Centraal Planbureau
- Dumaij, A.C.M. (2011) 'Productiviteitstrends in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg. Een empirisch onderzoek naar het effect van regulering op productiviteit 1972-2010', Centrum voor Innovaties en Publieke Sector Efficiëntie Studies, Technische Universiteit Delft
- Hauw, P.A. van der, Pasaribu, M.N. & Zeijden, P.T. (2009). 'Slimmer werken: gebruik, mogelijkheden en opbrengsten in de praktijk'. Zoetermeer: EIM.
- Lubberding, S., Van Beek, A.P.A., Groenewegen, P. (2011) 'Borging van innovatieve projecten in de zorg: een evaluatie van kleinschalige dementie projecten na één jaar', NIVEL
- NIVEL (2010). *De aantrekkelijkheid van het verpleegkundig en verzorgend beroep 2009*.
- Oeij, P.R.A., Kraan, K.R., Vaas, F. (2009) 'Sociale innovatie omschreven en gemeten', Hoofddorp: TNO
- Pot, F (2012) 'Sociale innovatie: historie en toekomstperspectief, *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, Vol .28: 1, pp. 6-21.
- Rooijen, F. van (2012) 'Zorg en arbeid in één keer vernieuwen, dat werkt.' *Kwaliteit in Zorg*, Vol. 6, pp. 15-17
- SER-Advies (2006) *Welvaartsgroei door en voor iedereen: themadocument Sociale Innovatie*, publicatienr. 08, Den Haag.
- Struijs, A. & Vathorst, S. van de (2009) 'Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden', *Signalering Ethiek en Gezondheid 2009(4)*, Centrum voor Ethiek en Gezondheid
- Vaas F. (2001) 'Arbeidsproductiviteit verhogen door slim organiseren', in: *Werk, welvaart & geluk, Christendemocratische verkenningen*, Themanummer 2001, nr. 7/8/9, september.
- Vaas, F. & Scheld, B. (2011) 'Organiseren van Innovatie. Praktijkvoorbeelden van innovatiekracht van binnenuit' Assen: Van Gorcum
- Volberda, H.W., Bosch, F.A.J. van den, Jansen, J.J.P. (2006) 'Slim management en

Innovatief organiseren, Rotterdam: Erasmus Research Institute of Management (ERIM).

Volberda, H.W., Jansen, J., Tempelaar, M., Heij, K. (2011) 'Monitoren van sociale innovatie: slimmer werken, dynamisch managen en flexibel organiseren', *Tijdschrift voor HRM* vol 1, pp. 85-110.

Volberda H.W., Bosch, F.A.J. van den, Heij, K. (2012) 'Erasmus Innovatiemonitor Zorg 2012' *INSCOPE*: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Zinsmeister, J. (2012) '*Oud is wijs genoeg*', Amsterdam: Centre for Applied Research on Economics & Management

Noten

- 1 Viva Lente, Bulthof en Prinsenhof zijn fictieve namen.
- 2 Een cliënt komt op basis van indicatie in aanmerking voor een pakket aan zorg, waaraan financiering is verbonden. Deze indicatie wordt op afstand gedaan door het Centrum Indicatiestelling Zorg en niet door de zorginstelling zelf.